



L'infection à VIH et le sida chez les femmes au Canada

Points saillants

- Au Canada, en date du 31 décembre 2008, un total de 2 001 cas de sida et de 10 799 cas d'infection à VIH avaient été signalés chez les femmes adultes.
- Les femmes représentent une proportion croissante des rapports de tests positifs pour le VIH au Canada; 26,2 % de ces rapports concernaient les femmes en 2008.
- Les contacts hétérosexuels et l'usage de drogues par injection constituent les deux principaux facteurs de risque d'infection à VIH chez les femmes.

Introduction

Bien que le VIH et le sida touchent à la fois les hommes et les femmes, il existe des différences importantes entre les sexes en ce qui concerne les mécanismes physiques, les facteurs socioéconomiques et les conséquences. Ces différences sont attribuables à la biologie, aux comportements sexuels, aux différences entre les sexes socialement déterminées, aux rôles et aux responsabilités, à l'accès aux ressources et au pouvoir de décision¹.

À l'échelle mondiale, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont 1,6 fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes du même âge². Au Canada, c'est chez les femmes que l'on observe maintenant le plus grand nombre et la plus grande proportion de personnes vivant avec le VIH/sida par rapport au début de l'épidémie. Le présent chapitre des *Actualités en épidémiologie* portera sur la situation et les tendances actuelles des femmes vivant avec le VIH/sida au Canada en se fondant sur des données de surveillance systématique et de surveillance améliorée. Il fournira des estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH chez les femmes, et attirera l'attention sur les études pertinentes en matière de VIH/sida. Dans le présent chapitre, à moins d'indication contraire, le terme « femmes » désigne les femmes de 15 ans ou plus.

Définitions et distinctions relatives au sexe et au genre

- Le terme « sexe » renvoie aux caractéristiques biologiques comme l'anatomie (p. ex. taille et forme du corps) et la physiologie (p. ex. activité hormonale et fonctionnement des organes) qui distinguent les hommes des femmes. Les différences sexuelles peuvent se manifester aux niveaux génétique, moléculaire et cellulaire ainsi que dans les organes et l'ensemble de l'organisme. Elles résultent d'interactions complexes entre des facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux survenant dès la vie intra-utérine et se poursuivant tout au long de la vie d'une personne. Les différences entre les sexes sont à ce point fondamentales que chaque cellule d'origine animale est sexuée.
- Le terme « genre » renvoie à toute la gamme des relations et des rôles déterminés socialement, aux traits de personnalité, aux attitudes, aux comportements, aux valeurs, à l'influence et au pouvoir relatif que la société attribue de façon différente à l'un et à l'autre sexe.

Dans le présent chapitre des *Actualités en épidémiologie*, les données renvoient au sexe biologique tel qu'il est noté par les professionnels de la santé qui remplissent les formulaires de rapport de cas. Lorsqu'il est question des résultats d'études, le présent chapitre maintient la terminologie utilisée dans les documents de recherche originaux.

Surveillance systématique

Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) recueille des données de surveillance en analysant les rapports de tests positifs pour le VIH et les cas de sida déclarés au Canada. Les données épidémiologiques incluent notamment l'âge, le sexe, les risques associés à la transmission du VIH et l'origine ethnique autodéclarée. Pour les cas de sida, les données sur la mortalité sont également recueillies.

Les fournisseurs de soins de santé ou les laboratoires transmettent ces renseignements aux responsables provinciaux et territoriaux de la santé publique qui, à leur tour, envoient volontairement les rapports de tests positifs pour le VIH et les cas de sida diagnostiqués au Centre où les données sont combinées et analysées à l'échelle nationale. Les données de surveillance comportent plusieurs limites, y compris les retards des rapports, la sous-déclaration des cas, les renseignements manquants et les cas d'infection non diagnostiqués. (Prière de se reporter au chapitre 3 intitulé « Systèmes de surveillance et tests de dépistage du VIH au Canada » pour obtenir une description complète de la surveillance du VIH/sida au Canada.)

Données de surveillance du sida

Au Canada, 21 300 cas cumulatifs de sida avaient été signalés à l'ASPC en date du 31 décembre 2008. De ce nombre, 21 046 cas concernaient des adultes (15 ans ou plus) de sexe connu, et 2 001 cas, ou 9,5 % de tous les cas survenus chez les adultes, concernaient des femmes. De 1979 à 1998, 8,1 % des cas de sida diagnostiqués concernaient des femmes (de tous les âges). Cette proportion a augmenté au fil du temps, si bien que, en 2008, 24,7 % de tous les diagnostics étaient posés chez des femmes. Le nombre de femmes ayant reçu un diagnostic de sida en 2008 a augmenté de 18,9 % par rapport à l'année précédente.

Groupes d'âge

Tout au long de l'épidémie, c'est dans le groupe d'âge des 30 à 39 ans que l'on a enregistré la plus importante proportion de cas de sida chez les femmes, le nombre de rapports dans ce groupe d'âge étant presque deux fois plus élevé que dans le deuxième groupe d'âge en importance (les 20 à 29 ans) (tableau 1). Cette tendance est semblable à celle observée avec les rapports de cas de sida chez les hommes au Canada, à savoir que le groupe d'âge des 30 à 39 ans représente également la proportion la plus élevée de cas; cependant, contrairement à la tendance chez les femmes, la deuxième catégorie d'âge associée au plus grand nombre de rapports est le groupe des 40 à 49 ans.

Tableau 1. Rapports de cas de sida chez les femmes selon le groupe d'âge (cas cumulatifs en date du 31 décembre 2008)

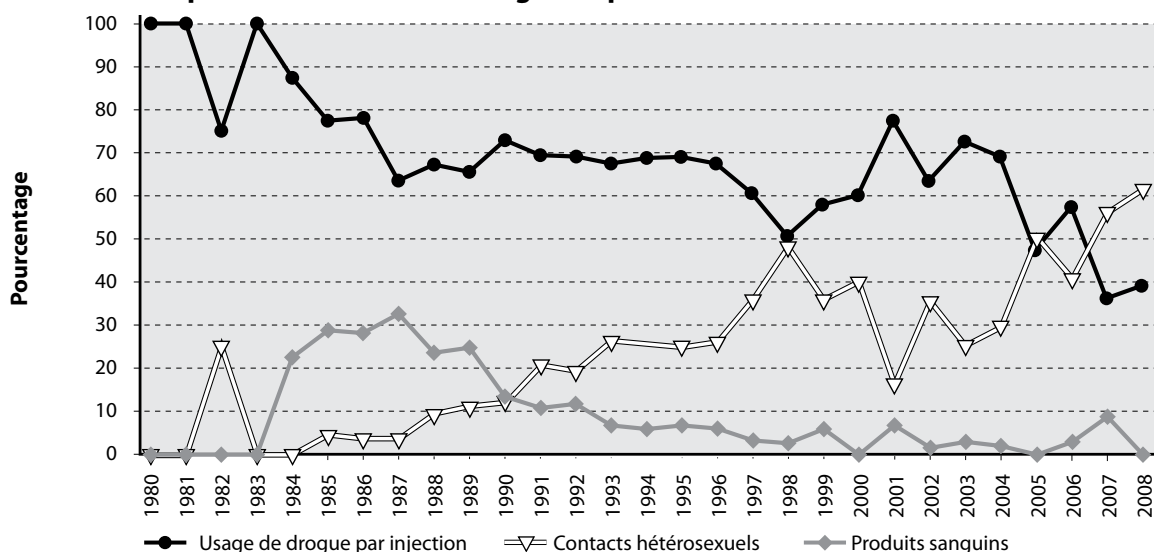
Groupe d'âge (années)	Total des cas de sida chez les femmes	% du total des cas de sida chez les femmes
15-19	19	0,9 %
20-29	489	24,4 %
30-39	810	40,5 %
40-49	424	21,2 %
50-59	150	7,5 %
60+	109	5,4 %

Depuis les dix dernières années, 39,9 % des cas de sida diagnostiqués chez les femmes étaient associés au groupe d'âge des 30 à 39 ans, ce qui est comparable à la moyenne de ce groupe de 1985 à 1998. Depuis les dix dernières années, on a toutefois constaté un changement important en ce qui concerne la proportion de cas de sida diagnostiqués dans le groupe d'âge des 20 à 29 ans, la moyenne ayant chuté à 17,9 %, soit 6,5 % de moins que la moyenne historique de ce groupe pendant la durée de l'épidémie. En revanche, la proportion de cas de sida diagnostiqués dans le groupe d'âge des 40

à 49 ans a augmenté à 28,3 % chez les femmes, ce qui correspond à une augmentation de 7,1 % par rapport à la moyenne historique.

Catégorie d'exposition

Parmi les rapports de cas de sida déclarés chez les femmes dont la catégorie d'exposition était connue, le principal facteur de risque signalé depuis le début de l'épidémie était les contacts hétérosexuels qui, pas plus tard qu'en 2001, représentaient plus de 75 % de tous les cas de sida chez les femmes. Pendant toute la durée

Figure 1. Distribution en pourcentage des cas de sida chez les femmes selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostique

de l'épidémie, un total de 1 168 cas de sida déclarés ou 65,5 % de tous les cas de sida déclarés chez les femmes étaient attribuables aux contacts hétérosexuels. À ce jour, l'usage de drogues par injection est associé à 26,0 % des cas de sida déclarés chez les femmes, tandis que la transfusion de sang ou de produits sanguins, l'exposition en milieu professionnel et d'autres types d'exposition sont responsables de 8,5 % de ces cas. Depuis les dix dernières années, on a observé une augmentation constante du pourcentage de cas associés à la catégorie d'exposition des utilisatrices de drogues par injection (UDI). En 2001, cette catégorie d'exposition à risque était associée à 16,4 % des cas de sida déclarés chez les femmes. En 2005, l'usage de drogues par injection est devenu la catégorie d'exposition la plus déclarée, devant les contacts hétérosexuels; le pourcentage de cas associés à la catégorie d'exposition des UDI a toutefois diminué en 2006 avant d'atteindre, en 2008, un sommet inégalé de 60,9 % des cas (figure 1).

Race/origine ethnique

Les femmes noires et les femmes autochtones sont disproportionnellement touchées par le sida comparativement aux femmes d'une autre origine ethnique ou race. De 1979 à 2008, parmi les cas de sida signalés chez des personnes (de tous les âges) de race noire ou autochtone, respectivement 35,2 % et 29,0 % étaient des femmes, alors que de façon globale, 9,9 % de tous les cas de sida signalés concernaient des femmes. En ce qui concerne les cas de sida déclarés chez les Blancs, les Asiatiques/Arabes et les LatinoAméricains, respectivement 6,2 %, 8,1 % et 8,4 % des cas concernaient des femmes.

Données de surveillance du VIH

Tendances

La tendance relative à la distribution des sexes que l'on observe depuis le début de l'épidémie d'infection à VIH/de sida est une augmentation régulière de la proportion des rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes.

Avant 1999, 11,7 % de tous les rapports de tests positifs pour le VIH concernaient des femmes. En 2006, cette proportion a augmenté à 27,8 %, ce qui correspond au pourcentage le plus élevé depuis le début de l'épidémie. Les données de surveillance de 2008 ont montré une légère diminution du nombre et de la proportion de rapports de tests positifs pour le VIH signalés chez les femmes comparativement à 2006. En 2008, chez les adultes (15 ans ou plus) ayant fourni de l'information relative au sexe, 669 (26,2 %) rapports de tests positifs concernaient des femmes.

Catégorie d'exposition

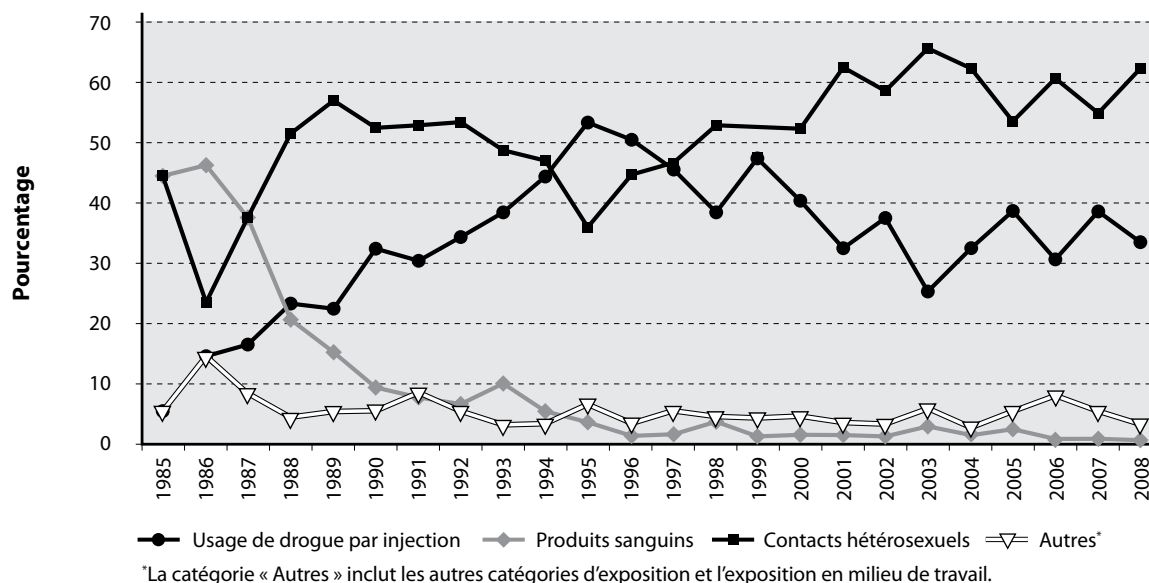
Depuis le début de l'épidémie, les contacts hétérosexuels et l'usage de drogues par injection constituent les deux principales catégories d'exposition chez les femmes. Les contacts hétérosexuels déclarés étaient associés à la proportion la plus élevée de rapports de cas de VIH chez les femmes adultes pour toutes les années, sauf durant une période de quatre ans (1994 à 1997), pendant laquelle l'usage de drogues par injection occupait le premier rang (figure 2).

Durant la période de 1999 à 2008, la proportion de cas attribuables à des contacts hétérosexuels était supérieure à celle associée à l'usage de drogues par injection.

Pour ce qui est des contacts hétérosexuels, la proportion variait de 47,2 % en 1999 à 65,8 % en 2003, la moyenne étant de 58,2 %. La moyenne cumulative pour cette catégorie d'exposition pour la période de 1999 à 2008 était de 53,6 %. La proportion associée à la catégorie

d'exposition des UDI variait aussi durant la même période de dix ans, atteignant un maximum de 47,2 % en 1999 et un minimum de 25,2 % en 2003, avec une moyenne de 35,5 % durant la décennie (figure 2).

Figure 2. Distribution en pourcentage des rapports de cas de VIH chez les femmes selon la catégorie d'exposition et l'année de diagnostique



La catégorie « Autres » inclut les autres catégories d'exposition et l'exposition en milieu de travail.

De 1999 à 2008, parmi les rapports de tests positifs pour le VIH déclarés chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, l'usage de drogues par injection était associé à 49,3 % des cas comparativement à 17,6 % des cas chez les hommes du même groupe d'âge, ce qui met en évidence l'importance de l'usage de drogues par injection dans la transmission du VIH chez les jeunes femmes. En 2008, 41,9 % de tous les rapports de tests positifs pour le VIH associés à la catégorie d'exposition des UDI concernaient des femmes.

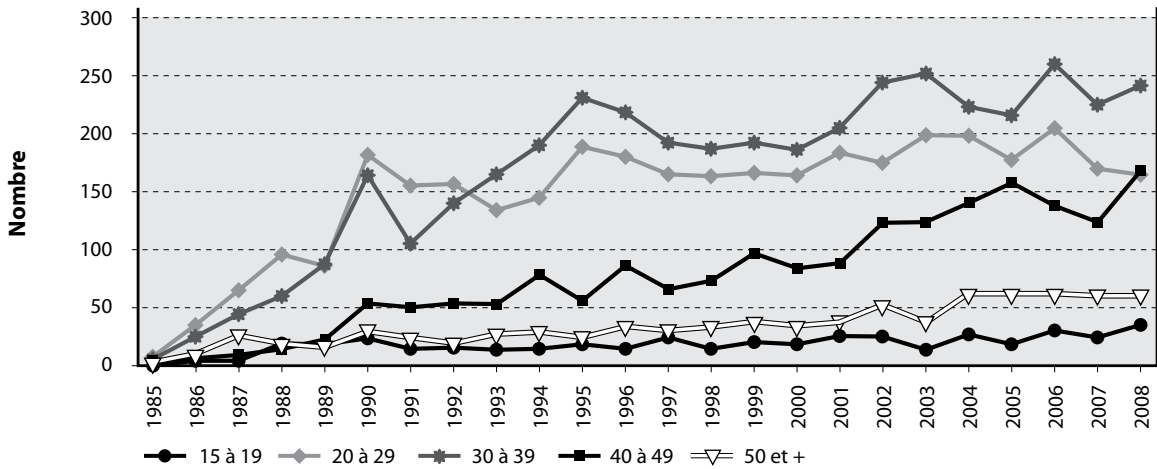
Les rapports de cas associés à la catégorie d'exposition des contacts hétérosexuels peuvent être subdivisés pour révéler les tendances dans différentes sous-catégories. Selon les données de surveillance de 2008, 53,1 % des rapports de tests positifs pour le VIH associés à la sous-catégorie des hétérosexuels/VIH endémique concernaient des femmes, ce qui montre la grande vulnérabilité des femmes nées dans un pays où l'infection à VIH est endémique* comparativement aux hommes provenant d'un tel pays. La sous-catégorie des hétérosexuels/VIH non endémique comprend les personnes infectées par le VIH qui ont déclaré avoir eu

des contacts hétérosexuels avec une personne infectée par le VIH ou présentant un risque élevé d'être infectée. En 2008, 48,7 % des cas de cette sous-catégorie concernaient des femmes. Dans la sous-catégorie des hétérosexuels/aucun risque connu, qui comprend les personnes infectées par le VIH pour qui les contacts hétérosexuels constituent le seul facteur de risque déclaré et qui ignorent le statut à l'égard du VIH de leurs partenaires, 43,2 % des rapports de tests déclarés en 2008 concernaient des femmes.

Groupes d'âge

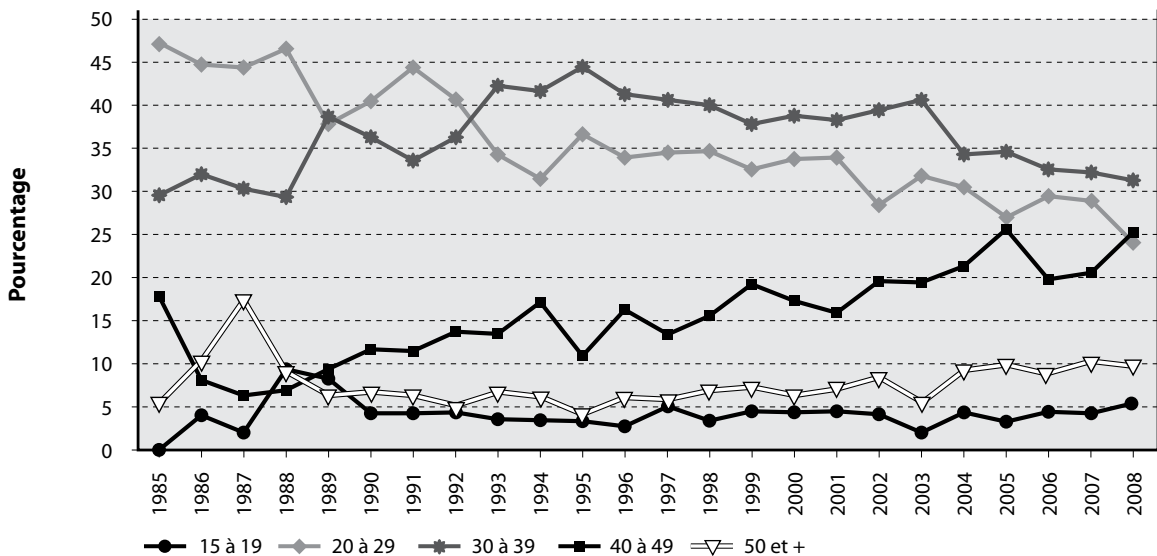
Le nombre de rapports de cas de VIH a connu une hausse constante chez les femmes de presque tous les groupes d'âge au Canada depuis le début de l'épidémie. Le nombre de tests positifs pour le VIH déclarés chez les femmes de 20 à 29 ans a augmenté durant une période de dix ans, soit de 1985 à 1995, puis s'est stabilisé. On a constaté une augmentation importante semblable du nombre de rapports chez les femmes de 30 à 39 ans durant cette période; après 1995, l'augmentation s'est maintenue, mais de façon moins marquée. Depuis 1995, la hausse la plus considérable a été notée chez les femmes de 40 à 49 ans, le nombre de cas déclarés étant passé de 56 en 1995 à 168 en 2008 (figure 3).

* Prière de se reporter au chapitre 12 pour obtenir plus d'information sur l'infection à HIV et le sida chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

Figure 3. Rapports de cas de VIH chez les femmes selon le groupe d'âge et l'année

Lorsqu'on convertit les nombres absolus de rapports de cas de VIH chez les femmes en proportions pour chaque groupe d'âge, la tendance varie quelque peu. En 1985, la proportion la plus élevée de rapports de tests positifs pour le VIH était associée aux femmes de 20 à 29 ans, mais la tendance est à la baisse depuis ce temps. En 1993, la proportion la plus élevée de rapports de tests positifs pour le VIH était associée aux femmes de 30 à 39 ans; depuis ce temps, c'est chez ce groupe que

l'on trouve la proportion la plus importante de tous les rapports de tests positifs pour le VIH déclarés chez les femmes. La proportion dans ce groupe d'âge a atteint un sommet de 44,7 % en 1995, puis a diminué à 36,0 % en 2008. Les femmes de 40 à 49 ans continuent à représenter une proportion croissante des rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes, rejoignant même les 20 à 29 ans pour la première fois en 2008, à une proportion d'un peu plus de 25,0 % (figure 4).

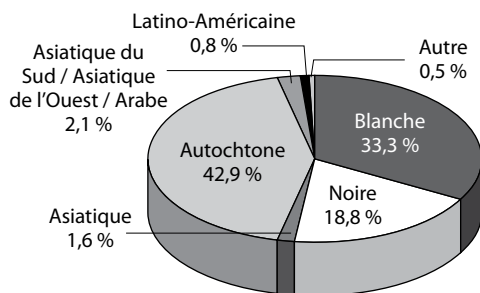
Figure 4. Distribution en pourcentage des rapports de cas de VIH chez les femmes selon le groupe d'âge et l'année

Une proportion considérable de rapports de tests positifs pour le VIH déclarés chez les plus jeunes adultes (de 15 à 19 ans) est associée aux femmes. En 2008, la plupart (59,3 %) des rapports de tests positifs pour le VIH chez les 15 à 19 ans concernaient de jeunes femmes, une tendance observée depuis 1997. Cette tendance est contraire à celle constatée dans tous les autres groupes d'âge, où les hommes sont les plus nombreux : de tous les rapports de tests positifs pour le VIH associés aux 20 à 39 ans et aux 40 ans ou plus, respectivement 30,8 % et 19,3 % concernent des femmes.

Race/origine ethnique

La déclaration de l'origine ethnique ou de la race comporte plusieurs limites; il est donc recommandé d'interpréter ces données avec prudence. L'information sur l'origine ethnique ou la race n'est pas disponible pour toutes les provinces et tous les territoires, notamment dans le cas du Québec et de l'Ontario. En raison des différences entre les renseignements déclarés, les données sur l'origine ethnique ou la race indiquées dans les rapports de tests positifs pour le VIH ne devraient pas être considérées comme représentatives de la population canadienne. Les autres questions à prendre en considération incluent les choix limités en ce qui concerne la déclaration de l'origine ethnique ou de la race dans les formulaires de rapport de cas et la possibilité d'une classification erronée ou d'une sous-déclaration de cas.

Figure 5. Pourcentage de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes selon l'origine ethnique/la race, de 1998 à 2008



Parmi les rapports de tests positifs pour le VIH déclarés de 1998 à 2008 (pour tous les âges) comportant de l'information relative au sexe, la plupart des cas déclarés chez les hommes adultes (15 ans ou plus) concernaient des Blancs (66,4 %), tandis qu'une minorité de cas concernaient des Autochtones (16,9 %) et des Canadiens de race noire (6,6 %) (figure 6). Par contre, chez les femmes, la distribution de l'origine ethnique ou de la race était différente, la proportion la plus élevée de rapports de tests positifs pour le VIH étant associée aux Autochtones (42,9 %), puis aux femmes de race blanche (33,3 %), alors que les Canadiennes de race noire représentaient 18,8 % de tous les cas déclarés (figure 5).

Lorsqu'on a commencé à déclarer l'origine ethnique ou la race en 1998, les proportions les plus importantes de rapports de cas de VIH à la fois chez les femmes et chez les hommes concernaient les Blancs et les Autochtones (tableau 2). En 1998, 52,3 % des rapports de tests positifs pour le VIH déclarés chez les femmes concernaient des femmes de race blanche, et 33,5 %, des femmes autochtones. Cependant, au cours de la décennie qui a suivi, la proportion annuelle de rapports de tests positifs pour le VIH concernant des femmes de race blanche a diminué, atteignant 18,7 % en 2008. Durant la même période, une proportion de plus en plus grande de rapports de tests positifs pour le VIH concernait les femmes autochtones, soit 52 % de tous les rapports de cas déclarés chez les femmes en 2008. Une autre tendance remarquable a été constatée durant cette période chez les femmes noires, chez qui la proportion de rapports de cas a également augmenté, passant de 12,2 % en 1999 à 26,3 % en 2008 (figure 7).

Figure 6. Pourcentage de rapports de tests positifs pour le VIH chez les hommes selon l'origine ethnique/la race, de 1998 à 2008

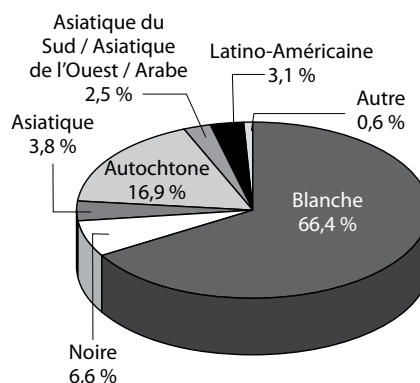
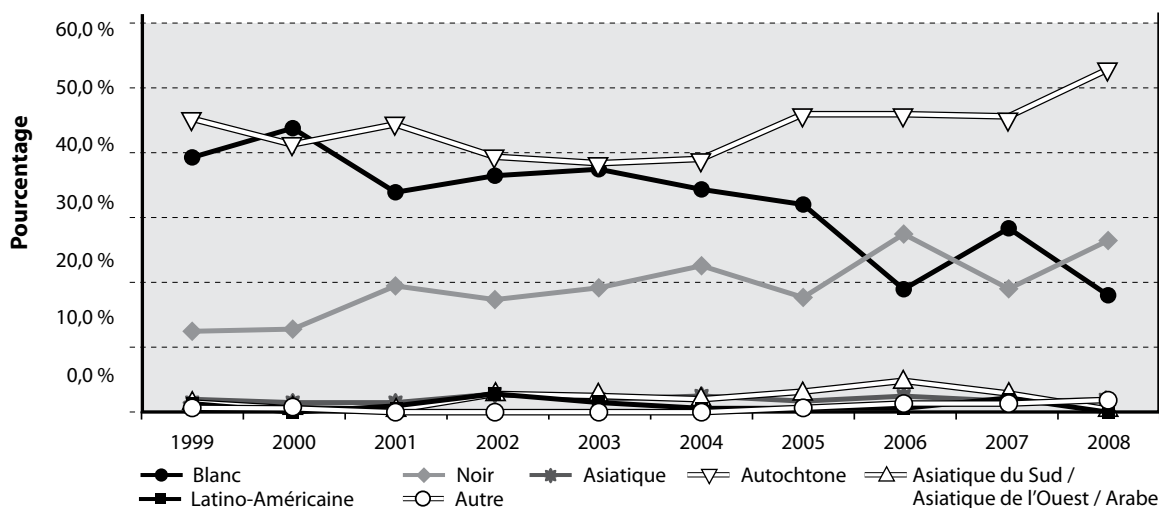


Figure 7. Distribution en pourcentage des rapports de tests positifs pour le VIH selon l'origine ethnique/la race et l'année**Tableau 2. Comparaison des rapports de cas de VIH chez les femmes selon l'origine ethnique/la race en 1998 et en 2008**

1998	Blanc	Noir	Asiatique	Autochtone	Asiatique du Sud / Asiatique de l'Ouest / Arabe	Latino-Américain	Autre	Total
Femmes	81	12	2	52	6	1	1	155
Hommes	348	22	11	68	16	13	0	478
2008	Blanc	Noir	Asiatique	Autochtone	Asiatique du Sud / Asiatique de l'Ouest / Arabe	Latino-Américain	Autre	Total
Femmes	37	52	3	103	1	0	2	198
Hommes	265	43	31	93	8	28	6	474

Données de surveillance améliorée et de surveillance en population

Description

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, l'ASPC surveille les tendances relatives à la prévalence de l'infection à VIH et aux comportements risqués connexes chez des populations particulières du Canada ciblées par les systèmes de surveillance du VIH de seconde génération. Les objectifs globaux de ces systèmes (connus sous le nom de systèmes « Track ») consistent à décrire les changements quant aux tendances de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH, des pratiques de comportements risqués et des habitudes de dépistage du VIH, de l'hépatite C et d'autres infections transmissibles sex-

uellement et par le sang (ITSS) dans chaque population respective. Pour une description plus détaillée des systèmes Track, prière de consulter le chapitre 3.

I-Track est le système national de surveillance du VIH de seconde génération qui cible les UDI. Ce système tire parti d'études menées au Canada et a été élaboré pour répondre au besoin d'une démarche cohérente en matière de collecte de données sur les comportements à risque. Pour avoir une description plus détaillée des systèmes Track, prière de se reporter au chapitre 3.

Résumé des données et des conclusions

Durant la phase 2 de la collecte de données par le système I-Track (de 2005 à 2008, 10 sites sentinelles un peu partout au Canada), l'échantillon total comptait 3 287 sujets. La plupart des participants étaient des

hommes (68 %). La prévalence globale de l'infection à VIH chez les participants de la phase 2 d'I-Track était d'environ 14 %; aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les hommes (14 %) et les femmes (12 %). Du nombre total de sujets constituant l'échantillon, 91 % des hommes et 93 % des femmes avaient déjà passé un test de dépistage du VIH.

Les analyses selon le sexe des données de la phase II d'I-Track⁴ ont montré des différences importantes entre les sexes en ce qui concerne les comportements risqués chez les participants, particulièrement dans les tendances relatives au prêt et à l'emprunt d'aiguilles, de seringues et de matériel d'injection. Par exemple, une proportion nettement plus élevée de femmes que d'hommes ont déclaré avoir emprunté des aiguilles ou des seringues souillées pour s'injecter des drogues (26 % des femmes par rapport à 20 % des hommes), avoir prêté des aiguilles ou des seringues souillées (29 % par rapport à 20 %) et avoir prêté du matériel d'injection souillé (45 % par rapport à 35 %). À la question « À qui empruntez-vous le plus souvent ces objets? », les femmes ont répondu qu'elles empruntaient des aiguilles et des seringues souillées à leur partenaire sexuel régulier (59 % par rapport à 34 %), tandis qu'une proportion plus élevée d'hommes ont répondu qu'ils empruntaient ces objets à leurs amis proches (40 % des hommes par rapport à 29 % des femmes), à des personnes qu'ils ne connaissaient pas très bien (19 % par rapport à 6 %) et à des personnes qu'ils ne connaissaient pas du tout (5 % par rapport à 2 %). En ce qui concerne le niveau de scolarité, une plus grande proportion d'hommes ont déclaré avoir terminé des études secondaires (24 % des hommes par rapport à 18 % des femmes) et certains ont indiqué avoir fait des études postsecondaires pendant un certain temps (25 % par rapport à 23 %).

Estimations nationales de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH/du sida

L'ASPC a recours à plusieurs méthodes pour dresser un tableau global de l'épidémie d'infection à VIH chez tous les Canadiens vivant avec le VIH (y compris le sida), que leur infection ait été diagnostiquée ou non. En combinant ces méthodes, l'ASPC peut produire deux types d'estimations : la prévalence ou le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida), et l'incidence ou le nombre de nouvelles infections au cours d'une période d'un an. L'ASPC publie environ tous les trois ans des estimations des taux nationaux de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH. Prière de se reporter au chapitre 1 intitulé « Estimations

de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2008 ».

À la fin de 2008, on estimait que, au Canada, environ 14 300 (de 12 200 à 16 400) femmes vivaient avec le VIH (y compris le sida); ce chiffre représente près de 22 % du nombre total national. Il s'agit donc d'une augmentation de 17 % par rapport au nombre estimatif de 12 200 (de 10 400 à 14 000) femmes pour 2005. De 600 à 1 120 nouveaux cas d'infection à VIH ont été observés chez les femmes en 2008, ce qui représente 26 % de tous les nouveaux cas d'infection. En 2005, on a estimé que de 590 à 1 100 nouvelles infections à VIH étaient survenues chez les femmes, soit près de 26 % de toutes les nouvelles infections observées chez les femmes. Pour ce qui est des catégories d'exposition, on a noté une proportion légèrement inférieure de nouvelles infections associées à la catégorie des hétérosexuels en 2008 par rapport à 2005 (71 % par rapport à 73 %), tandis qu'une proportion légèrement supérieure de nouvelles infections a été associée aux UDI (29 % en 2008 et 27 % en 2005).

Résumé des études récentes

La section suivante traite des études récentes ayant porté sur le VIH/sida et les femmes. Elle aborde, dans une perspective canadienne, certains des principaux problèmes de vulnérabilité des femmes en ce qui a trait à la transmission du VIH, notamment les relations sexuelles commerciales, la violence sexuelle et la grossesse.

Le VIH/sida et les travailleuses du sexe

Une étude menée par Shannon et coll.⁵, dont les résultats ont été publiés dans un article en 2008, portait sur les corrélats du partage de drogues entre les travailleuses du sexe et leurs clients. Il existe un lien bien connu entre les rapports sexuels et l'inhalation de crack à la fois dans le contexte de prostitution et dans d'autres contextes différents⁶⁻⁸. Ainsi, il existe un potentiel considérable de partage de drogues au cours d'échanges de services sexuels contre de la drogue ou de l'argent.

Dans le cadre de cette étude réalisée auprès de travailleuses du sexe de Vancouver (n = 198), plus de la moitié (59 %) de celles-ci ont déclaré qu'elles partageaient de la drogue avec leurs clients, le plus souvent du crack. L'étude a révélé que ces comportements sont associés à d'autres facteurs liés à une probabilité accrue de transmission de maladies infectieuses, notamment de multiples rapports sexuels non protégés et l'inhalation fréquente de crack.

Une autre étude menée par Spittal et coll.⁹ s'est pen-

chée sur les comportements à risque des femmes de la rue qui s'injectent de la drogue. Cette étude a été réalisée dans les villes de Vancouver et de Montréal, où l'on a observé une épidémie d'infection à VIH chez les UDI. Les résultats montraient que les utilisatrices de drogues par injection, y compris les travailleuses du sexe, présentent un risque accru de transmission du VIH parce qu'elles sont plus susceptibles d'avoir de multiples partenaires sexuels et d'avoir des partenaires intimes qui s'injectent de la drogue. L'étude, qui a été menée de 1999 à 2000, a révélé que les utilisatrices de drogues par injection ayant déclaré qu'elles avaient des relations sexuelles commerciales présentaient un profil de risque plus élevé; cependant, le taux de prévalence de l'infection à VIH associé à ces personnes n'était pas plus élevé que celui noté chez les utilisatrices de drogues par injection n'ayant pas de relations sexuelles commerciales. Ces observations sont contraires aux résultats de plusieurs études réalisées aux États-Unis, qui indiquent que la participation au commerce du sexe est indépendamment liée à l'infection à VIH. Spittal et coll. ont constaté, dans le cadre de leur étude, que les travailleuses du sexe étaient plus jeunes et consommaient moins longtemps des drogues par injection que les femmes qui n'avaient pas de relations sexuelles commerciales; les tendances relatives aux risques sexuels étaient toutefois semblables dans les deux groupes. Ils ont cependant constaté que les habitudes de consommation de drogues et les pratiques d'injection de drogues des travailleuses du sexe étaient associées à un risque plus élevé (consommation d'héroïne plus d'une fois par jour, inhalation fréquente de crack, emprunt de seringues souillées).

Dans le cadre du projet *Cedar* réalisé de 2003 à 2005¹⁰, on a mené la seule étude de cohortes en Amérique du Nord ayant porté sur de jeunes Autochtones qui consommaient des drogues illicites. L'étude visait à examiner les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de consommation de drogue, les pratiques d'injection, les expériences sexuelles ainsi que la prévalence de l'infection à VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) chez de jeunes femmes autochtones de 14 à 30 ans qui consommaient des drogues illicites et travaillaient depuis peu dans le commerce du sexe, et à comparer ces données à celles des femmes qui n'avaient pas de relations sexuelles commerciales. L'étude a révélé l'existence d'un lien indépendant entre la participation récente au commerce du sexe et les antécédents à vie de violence sexuelle, l'injection quotidienne récente de cocaïne et la consommation quotidienne récente de crack autrement que par injection.

Des 262 femmes ayant participé à l'étude, 154 (58,8 %)

ont déclaré avoir eu des relations sexuelles commerciales au cours des six derniers mois, et 185 (70,6 %) ont indiqué qu'elles avaient été travailleuses du sexe à un certain moment de leur vie. Selon les analyses unidimensionnelles et multidimensionnelles, les antécédents à vie de violence sexuelle étaient fortement associés aux relations sexuelles commerciales. Les cas de violence sexuelle étaient survenus pour la première fois durant la petite enfance, l'âge médian étant de six ans. L'étude a permis de constater que, parmi les 260 participantes, 34 (13,1 %) présentaient des anticorps anti-VIH et 109 (41,9 %) présentaient des anticorps anti-VHC. L'étude a aussi révélé que les travailleuses du sexe étaient plus susceptibles d'être infectées par le VHC que les autres femmes (49,0 % par rapport à 36,0 %).

Lorsqu'ils ont examiné les obstacles structurels et environnementaux liés aux discussions sur l'utilisation du condom, Shannon et coll.¹¹ ont noté un lien entre l'incitation à des relations sexuelles non protégées et le secteur où avaient lieu les relations sexuelles commerciales, ce qui met en évidence le rôle des conditions de travail dans la détermination du risque de transmission du VIH chez les femmes au cours de relations sexuelles. Les travailleuses du sexe qui s'éloignent des rues principales pour exercer leur métier (possiblement en raison d'accusations antérieures liées à la sollicitation ou à la drogue) et celles qui rencontrent leurs clients dans une voiture ou un lieu public sont respectivement trois fois et deux fois plus susceptibles d'être incitées à avoir des relations sexuelles non protégées que celles qui exercent leur métier dans les rues principales.

On a démontré l'existence de pratiques selon lesquelles certains clients offrent plus d'argent pour ne pas utiliser de condom et certaines travailleuses du sexe exigent plus d'argent pour avoir des relations sexuelles non protégées; les données montrent que la consommation de drogues et la pauvreté motivent ces pratiques¹².

Les femmes et la violence sexuelle

On a montré que, dans différents milieux, l'épidémie d'infection à VIH et la violence sont étroitement liées^{13,14}.

À l'échelle mondiale, les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont 1,6 fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes du même âge¹⁵. De 20 % à 50 % des femmes ont indiqué que leur premier rapport sexuel avait été forcé ou non désiré¹⁶. La peur de la violence empêche les femmes de demander des services de counselling et de dépistage volontaires relativement au VIH, de retourner chercher les résultats de leur test, de recevoir un traitement si elles sont infectées par le VIH ou d'obtenir des services pour prévenir la trans-

mission du VIH à l'enfant si elles sont enceintes¹⁷.

Stockman et coll.¹⁸ ont mené une étude auprès d'une population ayant participé à la *National Survey of Family Growth* réalisée par les Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis. Selon cette étude, les mécanismes liant la violence sexuelle à la pratique de comportements à risque associés au VIH, notamment les relations sexuelles fréquentes, l'excitation facile et/ou la psychopathologie (p. ex. la dépression et le trouble de stress post-traumatique), réduisent la possibilité d'une entente au sujet de l'adoption de comportements sexuels sécuritaires.

Selon des analyses bidimensionnelles et multidimensionnelles, les femmes ayant déclaré que leur premier rapport sexuel avait été forcé présentaient le risque le plus élevé d'avoir de multiples partenaires sexuels et de consommer de façon abusive de l'alcool et d'autres drogues; les femmes qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels forcés après leur première expérience sexuelle venaient au deuxième rang en ce qui concerne ce risque.

Chez les femmes du sous-échantillon ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles forcées, seule la consommation d'alcool ou de drogues lors de rapports sexuels forcés était indépendamment et fortement associée au fait d'avoir de multiples partenaires sexuels et à la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues.

Différentes stratégies peuvent être nécessaires pour prévenir l'infection à VIH chez les femmes contraintes par leur partenaire à avoir des rapports sexuels; ces stratégies doivent tenir compte des antécédents de ces femmes, particulièrement des cas où le premier rapport sexuel a été forcé, et du type de contrainte sexuelle subie.

Grossesse et VIH

La grossesse et le VIH constituent un autre problème très préoccupant auquel font face les femmes présentant un risque d'infection par le VIH et celles qui vivent avec l'infection. La transmission de la mère à l'enfant peut survenir durant la grossesse (transmission *in utero*) ou durant l'accouchement, lorsque le nouveau-né entre en contact avec le sang maternel et les sécrétions cervico-vaginales. En l'absence de toute intervention, on estime que 25,0 % des femmes enceintes infectées par le VIH transmettront le virus à leur enfant au cours de la grossesse ou à l'accouchement¹⁸. Bien que le traitement antirétroviral soit efficace pour réduire le risque

d'une transmission de la mère à l'enfant, on déclare chaque année au Canada plusieurs cas d'infection à VIH chez les nourrissons exposés au VIH pendant la période périnatale. Cela semble indiquer qu'il est nécessaire de poursuivre la mise au point de traitements et d'améliorer l'accès et le recours aux traitements.

Pour plus d'information sur la grossesse et le VIH, prière de se reporter au chapitre 7 sur la transmission périnatale du VIH.

Conclusion

Un nombre croissant de Canadiennes contractent l'infection à VIH, particulièrement les utilisatrices de drogues par injection et celles qui ont des partenaires sexuels présentant un risque élevé. Plus du quart des nouveaux tests annuels positifs pour le VIH signalés chaque année concernent maintenant des femmes. L'évolution de l'épidémie dans ce groupe montre qu'il est nécessaire d'obtenir davantage de données sur les tendances, les facteurs de risque et les différences géographiques en ce qui a trait au VIH/sida chez les femmes au Canada afin d'élaborer des initiatives et des programmes de prévention et de soins adaptés aux femmes. Il est impératif que ces programmes ciblent à la fois les comportements à risque en matière de sexualité et l'injection de drogues, l'association de ces deux comportements ainsi que les facteurs sous-jacents qui rendent les femmes plus vulnérables à une infection par le VIH.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles
et les infections
Agence de la santé publique du Canada
Pré Tunney
Indice de l'adresse : 0602B
Ottawa (Ont.) K1A 0K9
Tél. : 613-954-5169
Fax : 613-957-2842
www.phac-aspc.gc.ca

Mission

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Agence de la santé publique du Canada

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Gender and HIV/AIDS. Genève: Department de genre, femme et santé, OMS, 2003.
2. Fonds des Nations Unies pour la population. *État de la population 2007*. Disponible à : http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/swp2007_fre.pdf.
3. Agence de la santé publique du Canada. *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, Conseil ministériel sur le VIH/sida*. Rapport annuel 2002–2003, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada.
4. Nelson, C., Martin, S. T., J., Ogunnaike-Cooke, S., Fyfe, M., Leclerc, P., Alary, M., et coll. (2010). A sex-based profile of using/lending used injection equipment: Results from a national enhanced HIV surveillance system. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010;21:SB (Abstract P201).
5. Shannon K, Kerr T, Bright V, Gibson K, Tyndall MW. Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS Care* 2008;20(2):228. Disponible à : <http://www.informaworld.com/10.1080/09540120701561270>.
6. Booth, R., Kwiatkowski CF, Chitwood DD. Sex related HIV risk behaviours: differential risks among injection drug users who smoke crack. *Drug Alcohol Depend* 2000;58:219-26.
7. Wechsberg WM, Lam WK, Zule W, Hall G, et coll. Violence, homelessness and HIV risk among crack-using African-American women. *Subst Use Misuse* 2003;38:669-700.
8. Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000;76:292-93.
9. Spittal PM, Bruneau J, Craib KJ, Miller C, et coll. Surviving the sex trade: a comparison of HIV risk behaviours among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs. *AIDS Care* 2003;13(2):187-95.
10. Mehrabadi A, Craib KJP, Patterson K, et coll. The Cedar Project: a comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. *Int J Drug Policy* 2008;19(2):159-68.
11. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among female sex workers: implications for HIV-prevention strategies and policy. *Am J Public Health* 2009;99(4):659-65.
12. Shannon K, Strathdee S, Gibson K, Shoveller J, Kerr T, Tyndall MW. Structural and environmental barriers to condom use negotiation with clients among women in survival sex work: implications for HIV prevention and policy. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008;19 SA(Abstract O070).
13. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: direction for future research and interventions. *Soc Sci Med* 2000;50:459-78.
14. Quinn TC, Overbaugh J. HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science* 2005;308:1582-83.
15. World Health Organization. Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. 2006. Disponible à : http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/.
16. Ogden J, Nyblade L. Common at its core: HIV-related stigma across contexts. International Center for Research on Women, 2005 Disponible à : <http://www.icrw.org>
17. Stockman JK, Campbell JC, Celentano DD. Sexual violence and HIV risk behaviors among a nationally representative sample of heterosexual american women: the importance of sexual coercion. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53(1):136-43. Disponible à : <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-74049163818&partnerID=40&md5=fc550e1a7186b57cb2caa2f2f9867154>.
18. Organisation mondiale de la Santé. *Recommandations rapides : médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*, Genève, OMS, 2009.